



Les réseaux de santé : vers une gestion paradoxale de type réseau-hiérarchie

Christelle Bruyère

► To cite this version:

Christelle Bruyère. Les réseaux de santé : vers une gestion paradoxale de type réseau-hiérarchie. Management & sciences sociales, 2007, 3, pp.57. halshs-00519686

HAL Id: halshs-00519686

<https://shs.hal.science/halshs-00519686>

Submitted on 21 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les réseaux de santé : vers une gestion paradoxale de type « réseau – hiérarchie »

**Christelle BRUYERE
CRET-LOG
Université Aix-Marseille II**

65 bd Eugène Pierre
13005 MARSEILLE
06 81 27 61 89
christellebruyere@yahoo.fr

Résumé :

Nous sommes tous témoin au quotidien de la forte prégnance du réseau, terme largement diffusé dans de nombreux champs disciplinaires et dont l'usage courant se vulgarise. Le secteur de la santé n'échappe pas à cet émerveillement autour du réseau. Depuis les années soixante, le système de santé français est le lieu de nombreuses réformes qui favorisent le fonctionnement en réseau. L'objet de cet article n'est pas d'alimenter cette fascination pour les réseaux ni de dénoncer les références mythiques véhiculées dans le système de santé. Nous cherchons davantage à questionner l'enthousiasme pour les réseaux de santé qui semblent évoluer sous l'égide d'une certaine présomption d'efficacité. Dans ce double objectif de mieux comprendre ce que les acteurs de la santé attendent idéalement d'un réseau de santé et combien la réalité s'en approche, nous construisons un idéal type au sens de Max Weber que nous appelons RHYCEBA (Réseau de Santé Hybride Centré sur un Bénéficiaire Actif). Le RHYCEBA, vu par les acteurs de la santé, sert alors de guide dans notre recherche en le confrontant à la réalité de fonctionnement des réseaux de santé. Il en ressort une forte distorsion que nous essayons de comprendre, expliquer et in fine réduire en cherchant des éléments de réponse dans la littérature académique et professionnelle en gestion et en santé et aux moyens d'entretiens avec des acteurs impliqués dans les réseaux de santé. La revue de littérature couplée aux entretiens laisse envisager une situation de gestion complexe et paradoxale. Or, là où le mythe transcende les paradoxes, les acteurs de terrain n'ont d'autres choix que de les affronter. Nous proposons dès lors de recourir à une gestion paradoxale des réseaux de santé et nous nous orientons plus spécifiquement vers une régulation ago-antagoniste « réseau-hiérarchie » pour contribuer à réduire la distorsion.

Mots clés : réseau – santé – idéal-type – stratégie – paradoxe

Introduction

« Une nouvelle divinité s'installe [...] : le Réseau. Partout la figure du réseau s'impose pour réenchanter la vie quotidienne et réinterpréter le monde contemporain » (Musso, 2003, p. 5). Nous sommes tous témoin au quotidien de la forte prégnance du réseau, terme largement diffusé dans de nombreux champs disciplinaires et dont l'usage courant se vulgarise. Le secteur de la santé n'échappe pas à cet émerveillement autour du réseau. Depuis les années soixante, le système de santé français est le lieu de nombreuses réformes qui favorisent le fonctionnement en réseau. Les derniers aménagements de la réglementation des réseaux de santé témoignent du soutien de l'Etat dans cette volonté d'encourager la coordination des différents producteurs de soins¹. L'ambition portée par ces réseaux est de favoriser le rapprochement des acteurs de la santé en plaçant le patient au cœur du système de santé de manière à améliorer l'accès et la qualité des soins. Replacer le patient au centre du système de santé reste une intention stratégique vague voire incantatoire (Bonafini, 2002) mais elle suggère une remise en question du mode de prise en charge traditionnel qui repose sur un système rigide et cloisonné manquant trop souvent de cohérence pour assurer une prise en charge efficace de certains patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques nécessitant une forte pluridisciplinarité (VIH, Cancer, Diabète...).

Le développement croissant des réseaux de santé s'accompagne ainsi d'un discours teinté d'angélisme qui semble voir dans l'avènement du réseau de santé un « sauveur » susceptible d'apaiser les difficultés médico-économiques actuelles du système de santé. L'histoire du système de santé français est à ce sujet éloquente et nous renseigne sur les références mythiques attachées au réseau. L'objet de cet article n'est pas de dénoncer la fascination suscitée par les réseaux mais de questionner l'enthousiasme pour les réseaux de santé qui semblent évoluer sous l'égide d'une certaine présomption d'efficacité et de se rapprocher du registre de l'action en envisageant une gestion paradoxale des réseaux de santé.

Une première partie s'attachera à comprendre l'engouement pour les réseaux de santé à travers un rapide détour historique jusqu'aux premiers retours d'expériences révélant une réalité nébuleuse et hétérogène. Dans une deuxième partie, nous préciserons notre méthodologie de recherche. Nous recourrons à la construction d'un idéal type afin d'éclaircir les notions de réseaux de santé et d'évaluer combien la réalité se rapproche ou s'écarte de ce tableau idéal. Nous discuterons enfin dans une troisième partie les résultats laissant entrevoir une forte distorsion entre notre idéal type et la réalité des réseaux de santé nous amenant à suggérer une gestion paradoxale des réseaux de santé comme moyen potentiel de réduction de la distorsion.

¹ Loi 2002-303 du 4 mars 2002, décret 2002-1298 du 25 octobre 2002, décret 2002-1463 du 17 décembre 2002, et ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003

1. LES RESEAUX DE SANTE : L'AUTRE COTE DU MIROIR

1.1. UNE FASCINATION POUR LES RESEAUX DE SANTE

Les discours institutionnels particulièrement florissants et élogieux à l'égard des réseaux de santé en font une référence mythique qui s'inscrit dans l'utopie globalisante de la santé parfaite rêvant d'un homme parfait et immortel grâce aux progrès scientifico-techniques et à une approche globale de la santé (Sfez, 1995, 1999, 2003, 2005 ; Dorfiac-Laporte, 2001). L'apparente fascination pour les réseaux de santé est rendue palpable à travers la multitude de récits empreints de merveilleux véhiculés dans le système de santé. Nous retrouvons quelque chose de mythique dans ces écrits qui encensent les réseaux de santé sous la forme d'organisations heureuses entre producteurs de soins naturellement altruistes animés par un profond désir de coordination en vue de concourir au bien être collectif. Les textes véhiculés dans le système de santé s'apparentent ainsi, à la manière des mythes, à des récits imaginaires inventés par l'homme pour donner sens à sa vie (Ansart, 1990 ; March, 1998, 1999 ; Grimand, 2005 ; Giust-Desprairies, 2005). En effet, les récits imaginaires font partie intégrante de toute société. Ils donnent du sens à l'existence et nous offrent des repères pour mieux appréhender notre rapport au monde. Les mythes interviennent comme « *un levier de réduction de la complexité* » (Grimand, 2005, p. 7). Ainsi, cette fascination pour les réseaux de santé nous questionne : d'où vient-elle ? Quelle forme prend-elle ? N'a-elle d'autre qualité que celle de magnifier l'illusion d'une harmonie réticulaire entre professionnels de santé concourant au mieux être des usagers ? Qu'en est-il de la réalité de fonctionnement des réseaux de santé ?

Un rapide détour par l'histoire des réseaux de santé (ADSP, 1998) donne des clefs pour comprendre l'engouement qu'ils suscitent. Sans nous étendre sur leur histoire, nous retiendrons deux événements à notre sens importants. Tout d'abord, les premières expériences de réseaux remonteraient au dispositif de lutte contre la tuberculose au début de la première guerre mondiale. Un véritable plan de prise en charge a été mis en place autour de cette pathologie. L'Etat a ensuite instauré au sortir de la seconde guerre mondiale, un dispositif de prise en charge des « *fléaux sociaux* » (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie...). Jusque là, les réseaux de santé se sont développés pour faire face à des urgences de santé publique. Ensuite, le début des années 80 représente un tournant dans l'histoire des réseaux de santé français. Ces années sont marquées par les premiers cas de sida diagnostiqués en France. La rapide diffusion de cette maladie a mis en évidence les lacunes du système de soins et la nécessité de faire de la prévention. La prise en charge d'un sidéen doit mobiliser divers praticiens des milieux médicaux et sociaux, prise en charge pluridisciplinaire entravée par un système rigide et cloisonné. De nombreux réseaux spontanés reposant sur le bénévolat sont ainsi nés dans les années 80 et ont par la suite été soutenus par l'Etat qui a multiplié les réformes pour encourager le développement de ces réseaux envisagés comme une réponse organisationnelle cohérente et innovante face aux insatisfactions du système de santé.

En clair, « *la notion même de réseau s'est développée, selon les époques, pour faire face à des urgences de santé publique (les fléaux sociaux) et plus récemment aux carences d'un système cloisonné et manquant de cohérence pour la prise en charge adéquate de certains patients* » (Schweyer, Levasseur, Pawlikowska, 2002, p. 89). Les réseaux de santé incarnent aujourd'hui une « *sorte d'île repérable dans l'océan des maladies et des détresses sociales de notre époque. Sites privilégiés pour lutter contre la douleur, le cancer, le sida, la sénescence, l'alcool, le suicide, la dépression...* » (Dorfiac-Laporte, 2001, p. 10).

Par ailleurs, jusqu'à maintenant, l'évolution du système de santé s'était faite en fonction du développement des techniques et outils (Patte, 1998 ; Bonafini, 2001). La réforme hospitalière de 1958 qui annonçait l'apparition des CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) a favorisé les investissements lourds dans de nouveaux matériels, le développement de logiques d'experts et une spécialisation accrue autour de savoirs ou de techniques de plus en plus sophistiqués. On observe une tendance similaire dans le domaine social qui s'est également largement structuré autour d'outils sociaux. L'apparition de nouveaux problèmes (chômage, précarité, désinsertion...) s'est accompagnée d'une multiplication des dispositifs spécifiques (Revenu Minimum d'Insertion, allocations diverses...). Or, aujourd'hui, les pouvoirs publics manifestent leur volonté de s'extraire de cette logique parcellisée et paralysante pour mettre en oeuvre une prise en charge globale et cohérente. L'enjeu principal est de « *replacer le malade au centre des préoccupations* » (Grenier, 2003, p. 2), de reconstituer « *une cohérence autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil* » (Patte, 1998, p. 16). « *Il y a une revendication d'être soigné comme une personne et non comme une maladie* » (Chossegros, 2004, p. 3). Ces nouveaux enjeux communément admis prennent quasiment valeur incantatoire et véhiculent une idée mobilisatrice idéalement source de cohésion (Enriquez, 1992 ; Bonafini, 2002). Ils fournissent plus modestement une direction stratégique évasive qui encourage la coordination des différents producteurs de soins.

1.2. DES RETOURS D'EXPERIENCES « DECEVANTS »

Quantifier le nombre de réseaux de santé en France n'est pas chose facile dans la mesure où nous disposons d'une faible visibilité. En atteste les études chiffrées diffuses et discordantes à ce sujet (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 1999, 2001, 2003, 2004 ; Bourgueil et al., 2001 ; Bercot, De Conninck, 2002 ; Castra et al., 2004). Les ordonnances d'avril 1996 ont entraîné une véritable explosion du phénomène et la multitude de textes et dispositifs concernant les réseaux de santé s'est accompagnée d'un foisonnement de pratiques locales. Non seulement les réseaux de santé sont majoritairement le fait d'initiatives locales dispersées mais ils font l'objet d'une faible traçabilité principalement limitée aux rapports d'évaluations des financeurs. En bref, la visibilité dont nous disposons si l'on se restreint aux réseaux soutenus par les deux principaux financeurs (la Dotation Régionale de Développement des Réseaux et le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) nous permet d'une part de dénombrer au moins 530 réseaux de santé en France en 2004 et d'autre part de souligner leur croissance exponentielle (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et Salariés, 2003, 2004).

Toutefois, si la courbe de croissance des réseaux de santé semble corroborer l'enthousiasme actuel dont ils font l'objet, une revue de littérature sur les réseaux de santé et plus largement sur le management public nous amène à nuancer ce tableau angélique. Tout d'abord, sans nier l'existence des nombreuses énergies volontaires sans lesquels les réseaux de santé n'existeraient pas, il faut souligner que tous les réseaux ne sont pas animés d'un désir de coordination. Nous faisons référence aux réseaux impulsés par l'Etat sous couvert d'un plan de santé publique qui oblige à travailler ensemble. Ensuite, la littérature fait état de nombreuses difficultés de mise en oeuvre des réseaux de santé qu'elles soient d'ordre structurel (lourdeur bureaucratique et cloisonnement des services, contraintes juridiques et morales, différences de rémunération entre producteurs de soins...) ou culturel et comportemental (choc des cultures, réflexe de recours hiérarchique, peur de perdre du pouvoir...) (Bartoli, 1997 ; Sauviat, 2001 ; Bourgueil et al., 2001 ; Schweyer et al., 2002 ; Bercot, De Conninck, 2002 ; Grenier, 2003 ; Castra et al., 2004).

Par ailleurs, l'actualité politique récente des réseaux de santé laisse entrevoir une certaine défiance des pouvoirs publics. Alors que la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) a connu une croissance régulière et conséquente depuis sa création en 2002, une réduction drastique de 20 % de la dotation 2006 DRDR a été décidée. La Coordination Nationale des Réseaux (CNR) s'inquiète du montant de l'enveloppe 2007 qui lui apparaît très menacé. Bonafini souligne à ce propos que les principaux financements des réseaux de santé ne représentent que 0,13 % des dépenses de santé 2004, ce qui est probablement insuffisant pour supporter les coûts nécessaires à la coordination de l'organisation sanitaire (Bonafini, 2006). Le dernier rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de mars 2006 questionne la plus value effective des réseaux de santé relativement aux coûts supplémentaires qu'ils génèrent (IGAS, 2006) : « *Rares sont les projets où ont été mesuré des indicateurs permettant d'évaluer (directement ou indirectement) l'impact du dispositif financé pour les personnes malades prises en charge. Plus rares encore sont ceux où un impact positif a effectivement été constaté en termes de résultats constatés sur l'état de santé des personnes prises en charge. C'est toutefois le cas dans certains réseaux prenant en charge des patients diabétiques. Au total, la plus value effective du réseau pour le patient a rarement été démontrée* » (IGAS, 2006, p. 50). En bref, le rapport IGAS souligne la quasi absence de résultats observés et démontrés sans toutefois occulter les effets secondaires bénéfiques en termes de reconnaissance mutuelle, de changement de culture entre professionnels ou de dynamique relationnelle.

Les premiers retours d'expériences peuvent ainsi paraître décevants, terme démesurément fort proportionnellement aux références mythiques dont le réseau est porteur. Autrement dit, aucun réseau ne semble avoir véritablement fait ses preuves à ce jour en ce sens que la mise en oeuvre d'un réseau de santé est loin d'être une évidence et la question se pose encore de savoir quelle est la plus value effective de ces nouvelles formes organisationnelles (Bonafini, 2001, 2002, Saint-Pierre, 2003). Aucun réseau de santé ne fait actuellement figure de modèle.

1.3. UN CONSTAT PARADOXAL

La rencontre d'une fascination pour les réseaux de santé et de retours d'expériences « décevants » révèle un paradoxe : alors que les réseaux de santé n'ont cessé de se développer en France, aucun réseau ne semble avoir véritablement fait ses preuves à ce jour. Ils évoluent sous l'égide d'une forme de présomption d'efficacité qui commence néanmoins à se fragiliser. Pour autant, malgré le constat d'une plus value qui reste encore à prouver, les recommandations de l'IGAS ne vont pas dans le sens d'une suppression des financements. Les réseaux de santé semblent donc nouvellement sujets à controverse dans l'actualité politique du système de santé français qui, tout en continuant à encourager ce nouveau mode d'organisation présumé être vecteur de performance sanitaire et sociale, commence à émettre quelques réserves quant aux retombées réelles sur la prise en charge des patients.

Ainsi à ce stade de la recherche, nous sommes confrontés à une réalité nébuleuse et hétérogène : hétérogène du fait de la grande diversité des réseaux de santé et nébuleuse du fait de leur faible visibilité, de l'absence de modèle de réseau de santé faisant référence et du foisonnement de sens et représentations associées aux réseaux de santé. La littérature académique, professionnelle et institutionnelle regorge de définitions toutes plus recevables les unes que les autres dans leur acception, mais conduisant à une impasse sémantique. Dès lors, qu'attendons nous clairement des réseaux de santé ? En quoi seraient-ils vecteurs de performance sanitaire et sociale ? Et avant toute chose, qu'entendons nous par réseaux de santé ?

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1. CHOIX METHODOLOGIQUES

Afin de clarifier les notions de réseaux de santé et de performances attendues sans tomber dans une querelle de mots, nous avons choisi de recourir à la construction d'un idéal type au sens de Max Weber. L'« idéal-type » est un tableau imaginaire exacerbé, construit à partir de la réalité (Weber, 1992 ; Romeyer, 2001). Il n'est pas fondé sur des déductions a priori mais il procède de synthèse et d'abstraction à partir de la réalité. Il consiste à choisir, extraire et accentuer ou gommer certains traits, pas nécessairement les plus courants, mais les plus spécifiques et les plus distinctifs, pour caractériser l'objet en fonction de la problématique du chercheur. Les idéaltypes sont donc des constructions mentales du chercheur, qui par un procédé heuristique mettant en relation une multiplicité de phénomènes complexes, servent à former des « tableaux de pensée homogène » dans un souci de compréhension. Il est une forme pure dont on ne trouve aucun équivalent empirique. Il est important de souligner que l'idéal type n'a pas de prétention morale. Weber est clair sur le sujet. Il précise qu'idéal type ne correspond pas à un idéal en termes de valeurs. Weber l'illustre avec un exemple prosaïque : « *il y a des idéaltypes de bordels aussi bien que de religions* » (Weber, 1992, p. 183). L'idéaltype ne prétend pas non plus être la perfection absolue. Il est un idéal en ce sens qu'il est une synthèse purement logique de fragments de la réalité.

Dans notre contexte d'étude, nous mobilisons l'idéal type pour améliorer notre compréhension des réseaux de santé en désambiguïsant une réalité complexe et nécessitant par là même des simplifications afin de former un ensemble de pensée homogène. Nos motivations sont de mieux cerner comment les acteurs de la santé appréhendent les réseaux de santé et ce qu'ils en attendent. Nous souhaitons ainsi construire un idéal type de réseau de santé vu par les acteurs de la santé. Notre démarche de recherche est interprétativiste et se construit à partir des représentations des acteurs. Or, rappelons que les réseaux de santé exercent une forme de fascination qui se traduit par une profusion de récits et discours élogieux véhiculés dans le système de santé. Notre idéal type présente à ce titre une particularité : la réalité dont il se nourrit est une « réalité mythique ». Nous parlerons alors plus justement d'idéal type mythique.

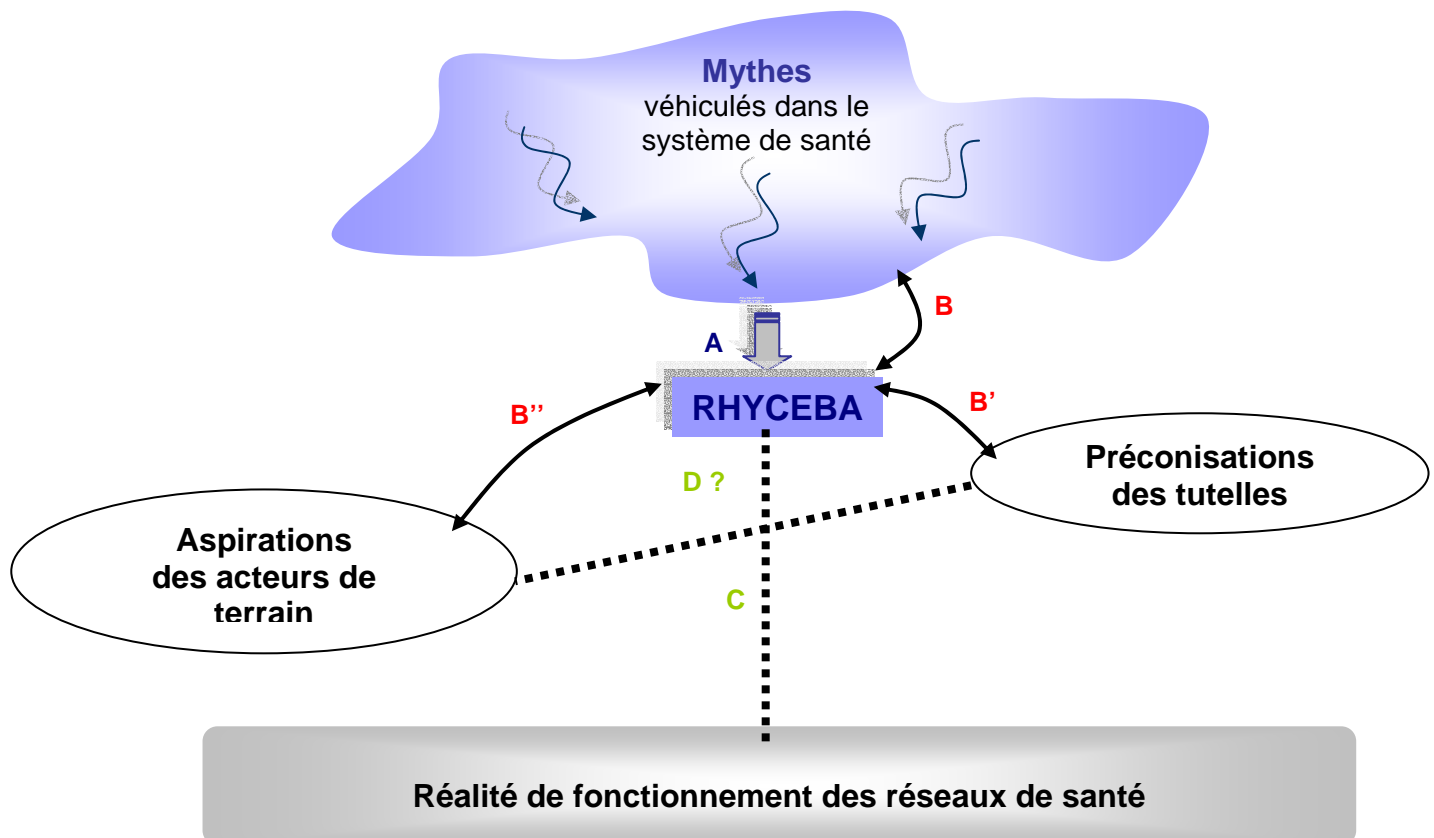
La construction de notre idéal type mythique constitue un triple apport pour notre recherche :

- un apport terminologique : il clarifie les notions de réseau de santé et rend intelligible le réel.
- un apport praxéologique : il permet de baliser le réseau de santé tel qu'il est décrit dans les récits mythiques propres à la santé. Il nous prémunit contre le risque consistant à entretenir l'illusion en nous permettant de garder à l'esprit la frontière entre ce qui relève de la mystification et ce qui relève de la réalité de fonctionnement des réseaux de santé. A l'instar de Hatchuel, nous pensons qu'« *on ne peut pas confondre les doctrines et l'action collective [...] on ne peut pas non plus étudier l'action collective sans référence aux doctrines qui la rendent possibles* » (Hatchuel, 2000, p. 25).
- un apport méthodologique : il est une méthode permettant d'évaluer combien la réalité se rapproche ou s'écarte de ce tableau idéal. Il sert ainsi de guide dans notre recherche.

2.2. OPERATIONNALISATION DE LA METHODE

L'opérationnalisation de la méthode se décompose en trois phases :

- une première phase se consacre à la construction de l'idéal type de réseau de santé appelé RHYCEBA² que nous expliciterons dans les résultats de la recherche ;
- une seconde phase consiste à consolider et valider le RHYCEBA en le confrontant aux représentations des acteurs « d'en haut » et des acteurs « d'en bas » ;
- une troisième phase vise à mesurer la distorsion entre le RHYCEBA et la réalité de fonctionnement des réseaux de santé.



2.2.1. Construction de l'idéal type mythique

Dans la mesure où l'engouement pour les réseaux de santé s'est accompagné d'un foisonnement de documents institutionnels (rapports d'études, rapports d'évaluation, documents ministériels, dispositifs juridiques, circulaires...) et d'une presse professionnelle féconde, nous nous basons sur ces données secondaires empruntées de références mythiques pour construire notre idéal type mythique [A]. Deux sources principales nous ont ainsi permis de le construire : une littérature professionnelle et une documentation institutionnelle. Nous disposons ainsi d'un idéal type de réseau de santé vu par les acteurs « d'en haut ».

²Rappelons que cet acronyme, que nous utiliserons systématiquement par la suite, signifie : Réseau de Santé Hybride Centré sur un Bénéficiaire Actif (RHYCEBA)

2.2.2. Consolidation de l'idéal type mythique

Afin de consolider et valider notre idéal type mythique, nous avons eu recours à deux vagues d'entretiens :

- Neuf entretiens avec des experts institutionnels et universitaires ont été réalisés. Notre objectif était alors de valider le RHYCEBA en tant que synthèse logique des récits mythiques véhiculés dans le système de santé [B] et en tant que tableau fidèle aux préconisations des tutelles [B'] ;
- Douze entretiens avec des acteurs de terrain ont été réalisés. Ils ont eu pour objet de mesurer la correspondance entre l'idéal type des acteurs « d'en haut » et les aspirations des acteurs « d'en bas » [B''], la question étant de savoir si le RHYCEBA est un idéal type mythique fédérateur ou s'il révèle un problème d'alignement stratégique avec les tutelles [D]. Quatre réseaux de santé ont été sélectionnés en fonction de leur ancienneté (nous ne nous intéressons pas aux stratégies d'émergence des réseaux de santé ce qui nous amène à cibler des réseaux qui ont un fonctionnement routinier), leur cible (une population ou une pathologie) et leur origine (sur initiative des acteurs de terrain ou initié par l'Etat). Dans notre échantillon de réseaux de santé, quatre types d'acteurs ont été interviewés : des acteurs en charge de l'organisation (le plus souvent le coordonnateur), des acteurs du milieu médical, des acteurs du milieu social et des représentants de patients. Nous avons utilisé un guide d'entretien suivant nécessairement un ordre séquentiel afin de limiter les biais. Nous commençons par construire avec eux leur réseau de santé idéal que nous confrontons ensuite au RHYCEBA.

2.2.3. Confrontation avec la réalité de fonctionnement des réseaux de santé

Sans chercher un RHYCEBA dans la réalité, ce qui serait une opération dénuée de sens compte tenu du fait que l'idéal type n'a pas d'existence réelle, nous nous demandons dans quelle mesure les réseaux de santé existants se rapprochent de notre idéal type mythique [C]. La question se pose désormais de savoir comment approcher la réalité de fonctionnement des réseaux de santé. Nous pourrions exploiter les données secondaires décrivant spécifiquement le fonctionnement des réseaux de santé (dossiers de financeurs, rapports d'évaluation...). Or, au problème d'accessibilité des données s'adjoint un problème de fiabilité des données : rappelons que les données secondaires parcourues pour construire notre idéal type se sont avérées empreintes de références mythiques. Il serait à notre sens risqué de considérer que des données venant du terrain reflètent la réalité de fonctionnement des réseaux de santé tant la porosité entre les références mythiques véhiculés dans le système de santé et la réalité semble présente dans l'esprit des acteurs de la santé.

Pour sortir de cette impasse, nous avons procédé en deux temps :

- nous avons fait appel aux entretiens d'experts pour mesurer la distorsion, leur qualité d'expert minimisant les risques d'amalgames entre mythes et réalité et garantissant une qualité et une précision de l'information (Evrard et al., 1993 ; Goudarzi, 2005) ;
- nous avons ensuite davantage abordé la question des points de blocages à la mise en oeuvre de l'idéal type avec les acteurs de terrain.

3. RESULTATS ET DISCUSSION

3.1. UNE REALITE QUI PEINE A REJOINDRE SON IDEAL

3.1.1. L' idéal type mythique RHYCEBA

L'idéal type mythique que nous qualifions de RHYCEBA est un modèle synthétique de réseau reconstitué à partir d'extraits de récits d'acteurs de la santé qui, en prise avec leurs conditions, se sont projetés vers une organisation de santé où les différents producteurs de soins pourraient se coordonner afin de concourir au bien être collectif en favorisant une prise en charge globale et continue.

Il se présente ainsi comme *une forme souple, organisée et dynamique d'actions collectives menées dans un climat de confiance partagée, par des acteurs (individuels et institutionnels) motivés et concernés par une préoccupation de santé publique mobilisant différents secteurs (public et privé, médical et social, administratif et politique) afin d'articuler, sur un territoire déterminé, une prise en charge globale centrée sur un bénéficiaire actif et in fine améliorant la qualité des soins*. Précisons que nous reprenons l'expression « bénéficiaire actif » à Sauviat (2001) qui souligne que le réseau oriente idéalement ses objectifs autour du malade qui est sollicité pour transformer ses pratiques (responsabilisation, éducation à la santé...). L'utilisateur devient partie prenante dans sa prise en charge, dans le suivi de sa maladie, et dans la construction de sa trajectoire. L'utilisateur est acteur dans les objectifs du réseau de santé.

Pour plus de clarté, nous résumons les principales composantes du RHYCEBA dans le tableau suivant :

Caractéristiques du fonctionnement interne du RHYCEBA	Caractéristiques de l'environnement externe du RHYCEBA
Un certain degré de formalisation tout en reconnaissant la place essentielle de l'informel pour encourager une dynamique relationnelle forte	Un réseau centré sur le bénéficiaire plutôt que sur les outils, techniques ou dispositifs
Présence de multiples acteurs (individuels et institutionnels) des différents domaines (public et privé) concourant à la dispensation de soins au sens large (médical, social, associatif, administratif et politique)	Une prise en charge globale qui comprend non seulement les phases de soins mais aussi celles de prévention et d'éducation à la santé
Une coordination transversale et pluridisciplinaire dans le respect des compétences de chacun	Un bénéficiaire actif qui participe à son processus de prise en charge
Volontariat des acteurs (la coordination ne s'impose pas). Principe d'adhésion volontaire. Importance du désir de travailler ensemble.	Un territoire délimité
Une confiance partagée (voire solidarité) qui rend possible la coordination	
Un échange d'informations entre acteurs (concernant le bénéficiaire, le réseau ou des généralités) qui est créateur de ressources	

Figure 1 : Principales composantes internes et externes du RHYCEBA

Source : élaboration personnelle

Nous représentons notre idéal type mythique RHYCEBA sous une forme arborescente en distinguant les critères d'identité du RHYCEBA (Qu'est-ce qui distingue un RHYCEBA d'un autre réseau de santé ?) et les critères de succès du RHYCEBA (Quelles sont les performances idéalement attendues d'un RHYCEBA ?).

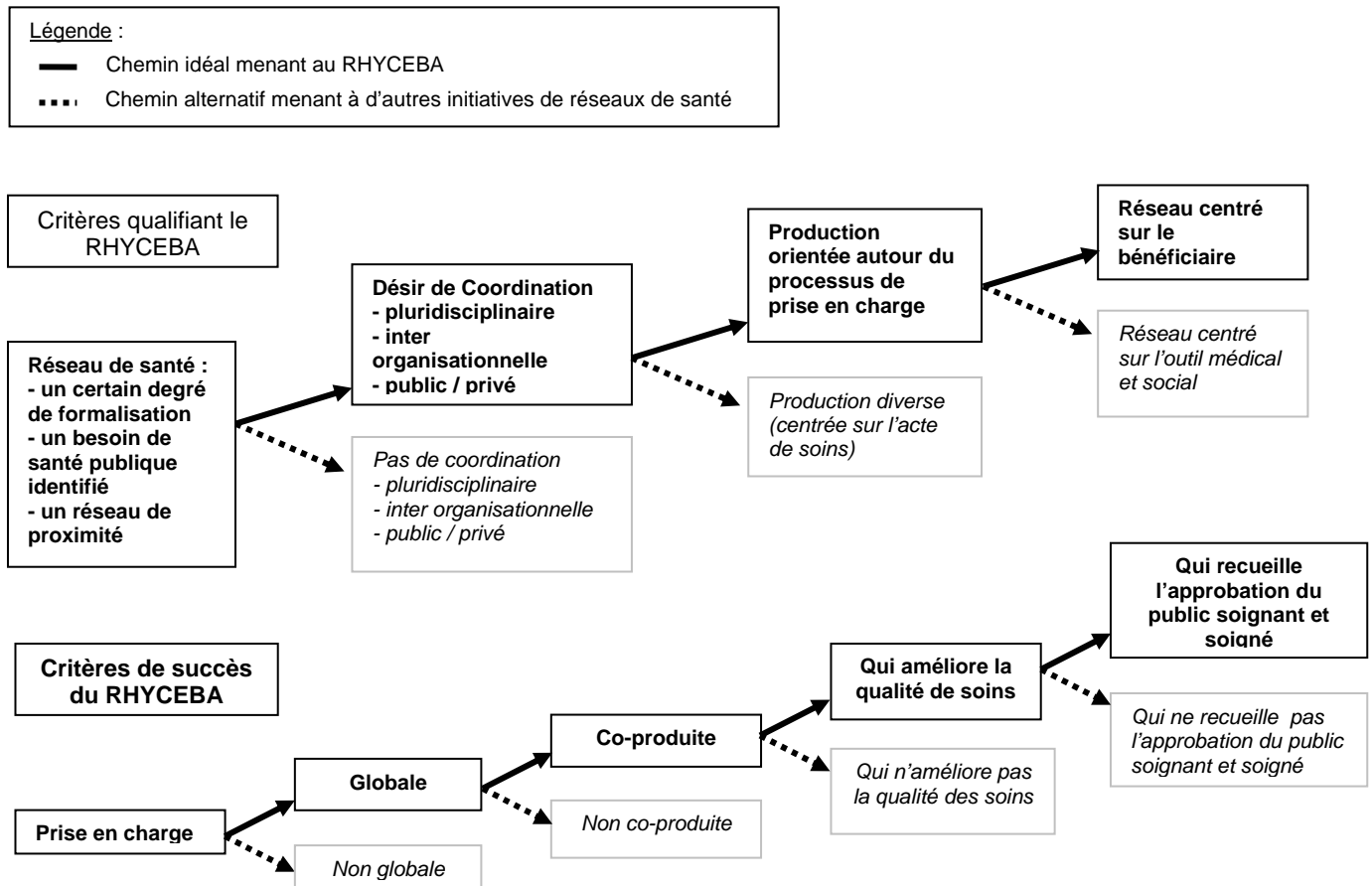


Figure 2 : L'idéal type mythique RHYCEBA vu par les acteurs du système de santé

Source : élaboration personnelle

3.1.2. Une distorsion qui questionne

La soumission du RHYCEBA aux experts et aux acteurs de terrain s'est soldée par une reconnaissance unanime des acteurs dans ce modèle de réseau de santé idéal. « *Le RHYCEBA est moteur de nos modèles, de nos conceptions. Avant la santé parfaite, il y a la prise en charge parfaite* » (expert universitaire). Le RHYCEBA incarne donc un réseau de santé idéal qui typifie le rêve de tous les acteurs de la santé et devient à ce titre un objectif commun. Si la question de l'alignement stratégique avec les tutelles est désormais écartée, celle de la distorsion potentielle avec la réalité de fonctionnement des réseaux de santé reste entière. Le recours aux entretiens d'experts nous éclaire sur le sujet.

Tout d'abord, les experts ont confirmé la forte porosité entre le RHYCEBA construit sur les mythes véhiculés dans la santé et la réalité des réseaux de santé. Les dispositifs, études et rapports institutionnels conduits et portés par diverses autorités de santé dont la volonté est de soutenir le fonctionnement des réseaux de santé entretiennent les mythes en favorisant leur diffusion. Notre propos n'est pas de dénoncer la présence de références mythiques dans le

système de santé mais de souligner les risques inhérents à une confusion entre les mythes et la réalité. Nous sommes confrontés à ce que Hatchuel (1998, 2000) appelle une métaphysique de l'action. « *[S'ils] permettent d'interpréter l'action collective [...] [ils] redeviennent opaques dès lors que l'on veut les utiliser dans l'action* » (Hatchuel, 2000, p. 20). Les textes véhiculés dans le système de santé paraissent effectivement au mieux guider l'action collective en fournissant une direction stratégique (Bruyère, Romeyer, 2005), au pire entretenir l'illusion en encourageant les discours convenus. Les rapports d'évaluation en sont un exemple. Les critères utilisés pour accorder ou non un financement aux réseaux de santé sont calqués sur les critères évoqués dans le RHYCEBA. Le système d'évaluation incite ainsi les acteurs de terrain à se conformer aux attentes des financeurs contribuant à biaiser les évaluations par des discours convenus. « *Le mythe est entretenu sous la pression des financeurs et institutionnels. Les acteurs de terrain se justifient constamment par rapport au mythe. Le mythe supporte tout. [...] Pour justifier leur financement, pour argumenter et mettre de la matière derrière leur financement, les réseaux ont tendance à compenser en s'investissant dans des domaines qui ne sont pas les leurs ; organisation de formation par exemple or ce n'est pas leur job. Il y a des acteurs compétents pour ça* » (expert institutionnel).

Ensuite, quand nous nous extrayons de cette porosité ambiante, le discours des experts est unanime : il y a une forte distorsion entre la réalité de fonctionnement des réseaux de santé et le RHYCEBA. « *Le RHYCEBA constitue à mon sens encore une cible. La vocation des réseaux me semble encore très interstitielle dans la configuration de notre offre de soins* » (expert institutionnel). Le discours des experts suggère une distorsion plus prégnante à deux niveaux :

- Le bénéficiaire actif : « *sauf peut être dans le cas du SIDA pour les aspects militants, ou asthme et diabète pour l'éducation active, le patient reste tout de même consommateur de soins et en tous cas rarement associé* » (expert universitaire).
- La mesure de la qualité des soins associée à une approbation des acteurs : « *ce qui peut être perçu comme une qualité de soins pour un soignant peut être ressenti comme une contrainte par un soigné* » (expert institutionnel). Un exemple est donné par un acteur de terrain d'un réseau périnatalité où il est demandé pour des raisons de sécurité à une femme d'accoucher dans un hôpital à 50 kms de chez elle plutôt que dans l'hôpital local. Elle pourrait le vivre comme une privation de liberté et une contrainte plutôt que comme une qualité de soins.

Notons toutefois qu'une minorité d'experts institutionnels est plus modérée quant au degré de distorsion. Leur qualité de représentant de l'Etat pourrait être un élément explicatif : leur fonction les positionnent de fait en « vendeurs de mythes ».

Précisons enfin qu'il serait faux de dire que le recours aux entretiens d'experts nous apporte la preuve statistique de la distorsion entre notre idéal type mythique et la réalité. Nous ne procédons pas à une inférence statistique d'un échantillon représentatif sur l'ensemble de la population de référence. En revanche, il serait tout aussi faux à notre sens de dire que le recours aux entretiens d'experts ne fournit aucunement une preuve de la distorsion entre notre idéal type mythique et la réalité. L'expertise des interviewés garantit une qualité et une précision des informations à même d'apporter une preuve analytique ou théorique (David, 2000 ; Thiétart, 2003). Aux informations provenant des universitaires s'ajoute le discours des praticiens experts qui peuvent en dépit de leur caractère fortement contextualisé, avoir une certaine valeur théorique (Demil et al., 2002). La validité externe est ainsi obtenue par inférence théorique.

3.1.3. *Posture de la recherche*

Après avoir fait le constat d'une forte distorsion entre notre idéal type mythique et la réalité de fonctionnement des réseaux de santé, il nous faut clarifier notre posture de recherche. Faut-il chercher à se rapprocher du RHYCEBA ? Est-il la meilleure voie à suivre ? Devrait-on envisager une voie alternative ? A l'instar de Bernard Weil (2002), nous pourrions imaginer deux thérapeutiques face au problème posé (distorsion idéal type mythique – réalité) :

- première perspective : une thérapeutique unilatérale qui renvoie à une idéologie de la maîtrise du système de santé. Le problème peut alors être traité isolément, indépendamment de son contexte. Le chercheur cherche une solution en dehors de la volonté des acteurs.

- deuxième perspective : une thérapeutique systémique qui renvoie à une idéologie de la régulation du système de santé. L'intention n'est pas de traiter isolément le problème mais de « faire avec » en tenant compte de son environnement. Dans cette logique, il s'agit d'accompagner les acteurs du système de santé dans leur projet utopique. Le chercheur n'a pas et ne prétend pas détenir la solution.

Notre ambition est d'accompagner les acteurs du système de santé dans la voie qu'ils ont définie comme étant la plus satisfaisante pour eux compte tenu du contexte sanitaire et social. Nous ne sommes pas à la recherche d'une voie alternative idéalement parfaite dans la mesure où nous pensons qu'elle n'existe pas en soi mais qu'elle est une construction des acteurs. Notre recherche ne consiste donc pas plus à questionner l'intérêt du mode d'organisation en réseau dans le système de santé que d'envisager un mode d'organisation potentiellement plus efficient. Nous souhaitons contribuer à améliorer le fonctionnement des réseaux de santé. Dans cette optique, nous cherchons à expliquer la distorsion entre le RHYCEBA et la réalité de fonctionnement des réseaux de santé en vue de la réduire.

3.2. UNE SITUATION DE GESTION PARADOXALE

3.2.1. *Les réseaux de santé : une réalité ambiguë*

La confrontation de notre idéal type mythique RHYCEBA à la réalité de fonctionnement des réseaux de santé appréhendée par le biais d'experts montre une importante distorsion qui nous invite à comprendre et expliquer les obstacles à la mise en oeuvre de ce type d'organisation dans le système de santé. Notre revue de littérature a d'ores et déjà mis en évidence un certain nombre de difficultés propres à la construction et à la pérennisation d'un réseau de santé, difficultés que nous retrouvons dans le discours des acteurs de terrain. Dès lors que l'on encourage la coordination entre des acteurs qui d'ordinaire ne travaillent pas ensemble, les difficultés inhérentes à ce type de dynamique ne sont pas surprenantes : elles vacillent entre la peur de perdre du pouvoir (Crozier, Friedberg, 1977), le besoin d'une confiance partagée (Geindre, 2005), le besoin de trouver un intérêt personnel à la coordination... A cela s'ajoute les spécificités du milieu de la santé (Bunger, 1998 ; Sauviat, 2001 ; Bonafini, 2001, 2002 ; Grenier, 2003) fortement hiérarchique dans lequel les divers producteurs de soins spécialisés (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux...) exercent traditionnellement de façon isolée autour de territoire de compétences, les contraintes juridiques sont fortement prégnantes, les régimes de financements entre acteurs de la santé différents, les clivages « culturels » sont nombreux que ce soit entre le milieu médical et social, entre le public et le privé.... Notre

objectif n'est pas tant d'allonger la liste des difficultés de mise en oeuvre que de tenter d'apporter un élément d'explication nouveau à la distorsion.

Rappelons que les réseaux de santé sont pensés comme une solution organisationnelle avec une portée stratégique réelle et non comme une simple tendance organisationnelle destinée à satisfaire un effet de mode (Parrochia, 1993). Ils ne prétendent pas, à la manière d'une mode, à ce que la société adhère subitement aux réseaux. Le problème n'est pas celui d'une alternative mais bien plus celui d'une complémentarité des processus de prise en charge. L'offre de soins actuelle est perçue comme trop hiérarchique pour répondre efficacement aux nouveaux enjeux des processus de prise en charge qui sont en voie de complexification (Minvielle, 1996 ; Romeyer, 2001 ; Sauviat, Sampieri, 2001). L'apparition et la diffusion de maladies « invalidantes » (cancer, sida...), le vieillissement de la société, la pression à la rationalisation de la prise en charge posent de nouvelles questions quant au processus de prise en charge. La volonté des réseaux de santé est ainsi de mettre en musique l'offre de soins existante en se donnant comme orientation stratégique de placer le patient au coeur du système.

Ces nouveaux enjeux stratégiques injectent du désordre dans un système de santé rigide et ordonné et deviennent vecteurs d'ambiguïtés (Fabbe Costes, Lièvre, 2002). Les réseaux de santé se forment et se déforment selon des contours incertains (Bercot, De Conninck, 2002). Ils prennent figure de chaînes potentielles à activer selon les besoins de santé (Teil, 2001) et s'apparentent à « *l'ensemble des acteurs possibles et des chemins possibles existants à un moment donné sur un territoire donné pour un type de prise en charge* » (Claveranne, Pascal, 2001, p. 337). Cela est lié pour partie à l'hybridation souhaitée dans le réseau et dont notre idéal type mythique est porteur. Le RHYCEBA est décrit comme un réseau hybride, « *intermédiaire en tant qu'il est instrument de liaison, certes, mais surtout intermédiaire en ce qu'il se tient dans l'entre deux de couples d'opposition qu'il réunit, effaçant par là la coupure logique traditionnelle* » (Sfez, 1999, p. 11). Il est donc conduit à être constamment dans l'entre deux. Les retours d'entretiens avec les acteurs de terrain couplés à la revue de littérature académique, professionnelle et institutionnelle en santé suggèrent l'existence de plusieurs entre deux :

- il leur est demandé d'être suffisamment *formel* et organisé tout en étant *informel* et souple pour favoriser la coordination et les initiatives individuelles ;
- ils sont en quête d'*unité* en ce sens qu'ils cherchent à harmoniser un système de santé fortement segmenté tout en conservant les *spécificités* de chacun ;
- ils disposent d'une grande *autonomie* de mise en oeuvre (niveau local) tout en étant contrôlé dans leurs résultats qui doivent être conformes à l'*autorité* tutélaire (niveau national) ;
- ils se forment en réponse à un *projet collectif* d'amélioration de la prise en charge tout en nécessitant de conserver un *projet individuel* pour stimuler la coordination.

Si le RHYCEBA ne nie pas ses ambiguïtés, il les dépasse et les transcende en assumant pleinement leur existence à la manière d'une religion (Barel, 1989). En effet, les ambiguïtés font partie intégrante des mythes qui leur confèrent paradoxalement toute leur efficacité en autorisant une certaine liberté de penser et de repenser le récit. Elles agissent ainsi comme un

accélérateur de la diffusion et de l'acceptation des mythes (Grimand, 2005). Toutefois, les mythes travaillent dans l'imaginaire en dépassant les antagonismes existants (Sfez, 1995 ; Weber, 1992). Dès lors qu'il s'agit non plus du RHYCEBA mais de la réalité de fonctionnement des réseaux de santé, il n'est plus question de transcender ces ambiguïtés auxquelles doivent se mesurer frontalement les acteurs de terrain. Comment appréhendent-ils ces ambiguïtés ? Quelle position adopter ? Avons nous les moyens de gérer ces contraires ? Ou sommes nous condamnés à la passivité ? Et quel statut accorder à ce que nous appelons jusqu'à présent des ambiguïtés ? Dans quelle mesure ne devrait-on pas parler plus justement de contradictions ? D'antagonismes ? De paradoxes ?

3.2.2. De l'ambiguïté au paradoxe

Si nous reprenons rapidement les ambiguïtés mentionnées, nous constatons que les termes en apparence contraires fusionnent autant qu'ils s'opposent.

- Formel vs informel : « *l'informel entretient un rapport d'opposition sémantique avec le formel. [...] On découvre que formel et informel ne sont pas si séparés, qu'ils sont au contraire et dans tous ces domaines fortement imbriqués, qu'ils peuvent être complémentaires. [...] L'informel n'est donc pas sans forme* » (Poulet, 1994, p. 87-89-101).
- Unité vs spécificité : Vigour (2005) cite Veyne (1976, p. 18) pour appuyer l'idée que la singularité se pense en termes généraux : « *Seul l'invariant individualise, tout abstrait et général qu'il est* ». Autrement dit, il faut concevoir l'unité du réseau de santé pour concevoir ce qu'apportent de particulier les différents participants au réseau. Il n'est pas question que la quête d'unité s'accompagne d'une dilution des spécialités.
- Autonomie vs autorité : nous pourrions l'exprimer sous forme d'injonctions paradoxales « *Faites des réseaux de santé !* ». Or, un réseau ne se décrète pas plus que s'ordonne l'autonomie. Tandis que l'autorité conduit à se conformer à une norme, l'autonomie offre une liberté morale qui laisse place à l'initiative et à la créativité (Bourguignon, 2003 ; Perret, 2003). Pour autant, comment être autonome dans un univers sans norme ? L'autonomie n'a de sens qu'en référence au contrôle d'une autorité dont elle se distancie.
- Projet individuel vs projet collectif : penser simultanément l'individuel et le collectif paraît contradictoire. Pourtant, nous n'existons en tant qu'individu singulier qu'en comparaison aux autres individus, chacun d'entre nous ayant des aspirations personnelles à arbitrer avec des projets collectifs eux même ciment d'une société (Avenier 1997, Rollet, 2000 ; Giust-Desprairies, 2005 ; Gomez, 2006).

Qu'en est-il du statut à donner à ces couples qui dérangent parce qu'en apparence étranges, inconcevables, contraires à la logique... ? Dans la mesure où derrière l'opposition sémantique entre les termes contraires se cache une étroite connivence, parler d'opposition ou d'antagonisme ne semble pas englober la richesse de leur rencontre (Rollet, 2000 ; Martinet, 2001, 2004 ; Bernard Weil, 2002, 2003). Ces termes ne suggèrent pas l'idée de fusion qui s'opère entre les deux entités et dont la contradiction est porteuse. En effet, le jeu de la contradiction est semblable au jeu de miroir inversé qui ne peut se comprendre que si les deux

termes opposés se reproduisent mutuellement tel la vie et la mort, le jour et la nuit... (Barel, 1989). La contradiction, tel que Barel la définit, se trouve enfermée dans un mode binaire dans lequel chacun des termes a besoin de son contraire pour exister et se concevoir lui même. Nous retrouvons ainsi dans le terme de contradiction l'idée de fusion et de différenciation entre des termes de même classe. Mais qu'en est-il quand deux termes contraires de niveaux différents se rencontrent ? Le terme adéquat est alors le paradoxe. Notons toutefois qu'il y a une étroite connivence entre le paradoxe et la contradiction : « *Il n'y a pas de situation, de processus, de formulation de paradoxes qui ne soient en même temps des situations, processus ou formulations contradictoires* » (Barel, 1989, p. 55). « *Il n'y aurait pas de paradoxe sans la contradiction, c'est à dire sans le conflit qui, à l'intérieur du vivant, oppose activement la fusion et la hiérarchisation des niveaux. La contradiction n'est pas nécessairement paradoxale mais le paradoxe est nécessairement contradictoire* » (Barel, 1989, p. 59-60). Ajoutons que dans le paradoxe, le choix n'est pas possible. C'est ce qui le distingue du dilemme (Perret, Josserand, 2003). Nous retiendrons qu'« *on sait, de la façon la plus simple et la plus authentique, qu'on a affaire à un paradoxe, chaque fois que l'on rencontre une situation dans laquelle il est nécessaire de faire, de dire ou de penser une chose et le contraire de cette chose. On peut dire aussi que le paradoxe s'exprime dans la double obligation de choisir et de ne pas choisir entre deux ou plusieurs solutions à un moment donné* » (Barel, 1989, p. 279).

Cette avancée terminologique nous conduit donc à préférer le terme de « paradoxe » à celui d'« ambiguïté ». L'intérêt du paradoxe tient essentiellement dans son procédé heuristique capable de faire émerger du sens sans édulcorer la complexité des objets étudiés (Martinet, 1990, 2001 ; Perret, Josserand, 2003 ; Martinet, Payaud, 2004). La réalité des réseaux de santé prend donc la forme d'une réalité complexe et paradoxale. Et maintenant, que fait-on ? Comment peut-on refuser un choix en même temps qu'on l'effectue ? Et quel serait l'intérêt de tenter de maîtriser un paradoxe si tant est que cela soit possible ? N'est-ce pas s'attaquer à un problème insoluble ?

3.2.2. Vers une gestion paradoxale des réseaux de santé

Si le paradoxe paraît de prime abord abscons par les difficultés logiques qu'il pose et son absence de solution, il n'en est pas moins source de dynamiques créatives et de changements. Appréhender un objet sous l'angle des paradoxes permet de s'extraire des chemins de pensée classiques, c'est à dire des modèles dominants de pensée unique consistant à choisir son camp, qui échouent bien souvent à apporter des réponses appropriées à ces défis paradoxaux (Perret, Josserand, 2003).

Nous posons ainsi l'hypothèse qu'envisager les réseaux de santé d'un point de vue paradoxal peut fournir des éléments de réponses à la distorsion et contribuer à la réduire. Tenter de gérer un paradoxe, c'est tenter « *de rendre ce dernier plus vivable et plus supportable qu'il ne le serait si les hommes restaient passifs devant lui [...]. Il est possible, dans certaines circonstances, de tirer profit de l'existence d'un paradoxe* » (Barel, 1989, p. 300). « *Le secret de la maîtrise du paradoxe est simple à exprimer : il consiste à surimposer à une situation paradoxale une stratégie paradoxale* » (Barel, 1989, p. 301). Barel suggère trois stratégies paradoxales (ou stratégies doubles) qui sont reprises dans la typologie de Josserand et Perret (2003) qui identifient six pratiques organisationnelles paradoxales.

		Logique...		
		de la différenciation	du dialogue	de la disparition
Pratiques organisationnelles	Dimension diachronique	Les pratiques séquentielles	-La stratification -L'oscillation	Recadrage
	Dimension synchronique	Le compartimentage	La construction locale	

Figure 3 : Logiques et pratiques organisationnelles paradoxales

Source : Josserand et Perret (2003)

Deux dimensions structurent cette typologie : les logiques organisationnelles conditionnant la gestion du paradoxe et les pratiques organisationnelles jouant alternativement sur le temps ou sur l'espace.

➡ La logique de différenciation consiste à gérer le paradoxe en identifiant et en affirmant les différences plutôt qu'en cherchant à les effacer. On tente alors d'appriivoiser le paradoxe soit en le découpant dans le temps en phases successives (pratiques séquentielles) soit en accentuant les frontières limitant ainsi les points de rencontre (compartimentage).

➡ La logique du dialogue consiste à gérer le paradoxe en recherchant un échange entre les pôles opposés. Soit on opte pour une approche temporelle en réservant des temps de dialogue pour favoriser un apprentissage des contraires (stratification) ou en encourageant une logique de mouvement à la recherche d'un équilibre entre les deux extrêmes (oscillation). Soit on opte pour une approche spatiale qui vise à organiser des espaces d'échanges (la construction locale).

➡ La logique de disparition consiste à gérer le paradoxe en le supprimant. Elle consiste à se représenter la réalité différemment de telle sorte que le paradoxe tombe.

Si la littérature nous autorise à parler d'une gestion des paradoxes, quelle est la stratégie la plus appropriée aux réseaux de santé ? Et en filigrane la plus à même de contribuer à réduire la distorsion ?

3.2. UNE PERSPECTIVE DE REGULATION AGO-ANTAGONISTE « RESEAU-HIERARCHIE »

3.3.1. Une perspective de régulation ago-antagoniste...

La littérature en santé ainsi que le discours des acteurs est clair et unanime sur l'orientation stratégique donnée aux réseaux de santé : il n'est pas question de créer un mode de prise en charge concurrent au mode de prise en charge traditionnel fonctionnant pathologie par pathologie et services par services. L'ambition des réseaux de santé est de mettre en musique l'offre de soin existante autour du patient. Dans cet esprit, il ne s'agit ni d'accentuer les cloisonnements entre les pôles distants, ni de supprimer les paradoxes présents dans les réseaux de santé mais bien plus d'encourager les échanges. La logique organisationnelle paradoxale qui paraît la plus appropriée est celle du dialogue. Cette logique confère un rôle prédominant à l'acteur frontalier (Crozier, Friedberg, 1977 ; Grima, 2000).

Elle fait également écho à la systémique ago-antagoniste de Bernard Weil (2002, 2003) qui propose un cadre d'analyse général pour dépasser définitivement ces couples d'oppositions (Rollet, 2000 ; Martinet, 2001 ; Martinet, Payaud, 2004). La systémique ago-antagoniste permet d'accroître notre connaissance dans un domaine tout en s'inscrivant dans les cadres théoriques et empiriques déjà existants (Corbel, 2004). Elle se positionne comme une science de la viabilité en postulant que la viabilité d'un système suppose de penser sa régulation en termes de couples ago-antagonistes, l'agonisme générant des effets synergiques et l'antagonisme générant des effets opposés. Dans cet esprit, la conflictualité des pôles a des effets positifs et non destructifs. La systémique ago-antagoniste consiste ainsi à rechercher des équilibres dynamiques (plutôt qu'un équilibre statique illusoire) au sein des couples ago-antagonistes pertinents pour le système étudié. L'objectif in fine est de pérenniser le système.

3.3.2. ... de type « Réseau-Hiérarchie »

Dans notre contexte, il existe un agonisme (espace de cohésion) qui est induit par l'objectif commun qui fédère les acteurs de la santé : se coordonner autour du patient pour mettre en oeuvre une prise en charge globale et continue. En parallèle, les retours d'expériences parfois « décevants » des réseaux de santé qui se construisent autour de cet objectif révèlent une forte distorsion entre notre idéal type mythique et la réalité de fonctionnement des réseaux de santé. Cette distorsion tend à signifier l'existence d'antagonismes locaux dont nous avons dessiné les prémisses en puisant à la fois dans la littérature et dans le discours des acteurs interviewés. Le couplage théorie - terrain vise à nous prémunir contre le risque de déraiser en tant que chercheur, autrement dit inventer des paradoxes sociaux qui n'en sont pas dans la mesure où tout paradoxe est une construction de l'homme (Barel, 1989). Nous utilisons ensuite la systémique ago-antagoniste comme outil conceptuel pour formaliser les paradoxes en 4 couples ago-antagonistes dont la confrontation des pôles distants laisse entrevoir des rapprochements : les pôles se référant à l'informel, à l'autonomie, au projet collectif et à l'unité véhiculent la notion de réseau en opposition aux pôles se référant au formel, à l'autorité, au projet individuel et à la spécificité qui véhiculent davantage la notion de hiérarchie. Ces parallèles suggèrent ainsi l'existence d'un couple ago-antagoniste « Réseau – Hiérarchie » que nous envisageons comme la colonne vertébrale de la gestion paradoxale des réseaux de santé, autour de laquelle se greffent des sous couples ago-antagonistes. L'ago-antagonisme « Réseau – Hiérarchie » amène les acteurs de la santé à se coordonner, à travailler ensemble, à s'évaluer respectivement dans cette nouvelle mission unanimement acceptée.

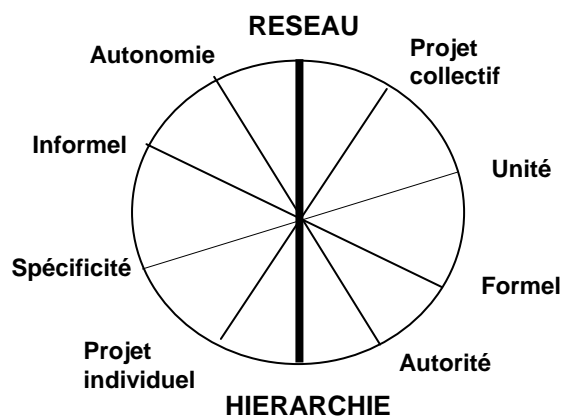


Figure 3 : autour d'un couple ago-antagoniste réseau - hiérarchie

Source : élaboration personnelle

Pour autant, si la littérature explorée nous conduit à préconiser une gestion paradoxale pour répondre aux enjeux des réseaux de santé, elle ne permet pas de lui donner de la consistance. Nous ne disposons dans la littérature que d'éléments très généraux et imprécis ne permettant pas de se rapprocher du niveau opérationnel. Comment s'opérationnalise, dans les réseaux de santé, la logique de dialogue permettant théoriquement une gestion paradoxale « Réseau – Hiérarchie » ? Dans quelle mesure la logique de dialogue peut-elle se combiner avec d'autres logiques de gestion paradoxale (différenciation et disparition) ? Seules des études de cas approfondies nous permettront de poursuivre notre réflexion exploratoire sur la mise en oeuvre d'une gestion paradoxale dans les réseaux de santé et de construire in fine un modèle de régulation ago-antagoniste « Réseau – Hiérarchie ».

Conclusion

L'engouement croissant pour les réseaux de santé palpable à travers les récits teintés d'angélisme véhiculés dans le système de santé et l'évolution exponentielle du nombre de réseaux en France a éveillé notre curiosité. Notre objectif n'est pas d'alimenter cette fascination ni de la dénoncer mais de comprendre ce qu'elle recouvre. Pourquoi une telle effervescence ? Que peut-on attendre d'un réseau de santé ?

Face à l'absence de réponse consensuelle, nous avons construit un idéal type mythique sur la base des nombreux récits professionnels et institutionnels concernant les réseaux diffusés dans le système de santé. Notre idéal type mythique RHYCEBA nous a ensuite servi de guide dans notre recherche en le confrontant à la réalité de fonctionnement des réseaux de santé laissant ainsi entrevoir une forte distorsion. Nous avons alors cherché des éléments de compréhension et d'explication qui nous ont orienté vers les rouages du paradoxe. Les réseaux de santé s'apparente à une situation de gestion complexe et paradoxale à laquelle les acteurs de terrain se mesure frontalement. Là où le mythe transcende les paradoxes, la réalité n'a d'autres choix que de les affronter. Nous posons donc l'hypothèse d'une gestion paradoxale des réseaux de santé pour contribuer à réduire la distorsion. Plus précisément, nous envisageons une régulation ago-antagoniste « Réseau – Hiérarchie ». Néanmoins, la question de l'opérationnalisation de cette gestion paradoxale reste entière et fait l'objet des prolongements de cette recherche.

En définitive, par analogie médicale, nous pourrions dire que nous avons envisagé les réseaux de santé dans leur état de santé idéal à travers le RHYCEBA. La distorsion avec la réalité est la manifestation de symptômes porteurs des difficultés de mise en oeuvre des réseaux de santé. Sans prétendre détenir le remède miracle qui par essence n'existe pas au coeur d'un système complexe et paradoxal, nous proposons un traitement potentiel en préconisant le paradoxe comme béquille aidant les réseaux de santé à rejoindre leur état de santé idéal. La prochaine étape consistera à construire le modèle de béquille approprié aux réseaux de santé.

Bibliographie

ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), *Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*, septembre, N° 24.

ANAES (1999), *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Août.

ANAES (2001), *Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique*, octobre.

ANAES (2003), *Manuel d'accréditation*, Novembre.

ANAES (2004), *Réseau de santé. Guide d'évaluation*, Juillet.

ANSART, P. (1990), *Les sociologies contemporaines*, Editions du Seuil, Paris.

AVENIER, M.J. (1997), *La stratégie « chemin faisant »*, Economica, Paris.

BAREL, Y. (1989), *Le paradoxe et le système*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

BARTOLI, A. (1997), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, Paris.

BERCOT, R., DE CONNINCK, F. (2002), « Réseaux de santé, nouvelles professionnalités, nouvelles relations de service », *Rapport Final pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, Ecole Nationale des ponts et Chaussées, LATTS.

BERNARD WEIL, E. (2002), *Stratégies paradoxales en bio-médecine et sciences humaines*, L'Harmattan

BERNARD WEIL, E. (2003), « La science des systèmes ago-antagonistes et les stratégies d'actions paradoxales », In. PERRET, V. ; JOSSERAND, E. (2003), *Le paradoxe, penser et gérer autrement les organisations*, Ellipses, Paris, p. 25-56.

BONAFINI, P. (2001), « Quelques questions de recherche sur les réseaux... », *working paper - séminaire de recherche du RECEMAP "Santé Publique et Management"*, Rouen, France.

BONAFINI, P. (2002), « Réseaux de soins : réforme ou révolution ? », *Revue Politique et Management Public*, Vol. 20, N° 2, juin 2002, p. 1-22.

BONAFINI, P. (2006), « Le développement des réseaux de santé : une injonction paradoxale ? », *Actes du 5^{ème} colloque Métamorphose des Organisations*, Nancy.

BOURGUEIL, Y. ; BREMOND, M. ; DEVELAY, A. ; GRIGNON, M. ; MIDY, F. (2001), *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations*, CREDES, ENSP.

BOURGUIGNON, A. (2003), « Conformité-Autonomie : la double contrainte du « nouveau » contrôle de gestion ? », In. PERRET, V. ; JOSSERAND, E. (2003), *Le paradoxe, penser et gérer autrement les organisations*, Ellipses, Paris, p. 115-128.

BRUYERE, C. ; ROMEYER, C. (2005), « Rôle de l'Objet intermédiaire dans la mise en oeuvre d'un réseau médico-social », In Filatre, D. et De Terssac, G. (coordinateurs) avec la collaboration de Albanel, X., Catlla, M. et Volery, I., *Les dynamiques intermédiaires au coeur de l'action publique*, Octares édition, 306p.

BUNGENER, M. (1998), « Fonctionnement actuel des réseaux et capacités d'innovations : l'enseignement des réseaux VIH », *Actes des XXIIèmes Journées des Economistes Français de la Santé*, Marseille.

CASTRA, M. ; CRESSON, G. ; DENQUIN, S. ; FERRAND, A. ; LARDE, P. (2004), « Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations », *Rapport pour la MIRE, programme : « Les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »*, Novembre, Lille.

CHOSSEGROS, P. (2004), « Quelques réflexions portant sur le système de santé à l'heure du rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », *éditorial de la Coordination Nationale des Réseaux (CNR)*, 10 mars.

CLAVERANNE, J-P. ; PASCAL, C. (2001), « Complémentarité et réseaux. De la métaphore à la pratique », *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 19, N° 5-6, p.331-348.

CNAMTS (2003), *Bilan des rapports d'activité régionaux sur l'utilisation de la DNDR en 2003*.

CNAMTS (2004), *Fonds d'aide à la qualité des soins de ville*, Rapport d'activité.

CORBEL, P. (2004), « Le Brevet : un instrument d'équilibration stratégique », *Actes de la 13ème conférence de l'AIMS (Association Internationale de Management Stratégique)*, Normandie.

CROZIER, M. ; FRIEDBERG, E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.

DAVID, A. (2000), « Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion », *Revue Sciences De Gestion*, N° 39, p.139-166.

DEMIL, B.; LECOCQ, X., et WARNIER, V. (2002), Le système Pratique-Recherche : une approche *garbage can* de la production et de la diffusion des théories, In Réseau des IAE (2002), *Sciences de Gestion et Pratiques Managériales*, Economica, Paris, p. 367-380.

DORFIAC-LAPORTE (2001-2002), *Filières et réseaux*, La lettre du disease management à la française, N° 46-47.

ENRIQUEZ, E. (1992), *L'organisation en analyse*, PUF, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 334 p.

EVARD Y., PRAS B., ROUX E. et al., 1997, *Market - Etudes et recherches en marketing*, 2° éd., Coll. "Connaître et Pratiquer la Gestion", Nathan, Paris, 672 p.

FABBE COSTES, N. et LIEVRE, P. (2002), *Ordres et désordres en logistique*, Hermès Science Publications, Paris.

GEINDRE, S. (2005), « Confiance et pratiques de réseau », *Journée transdisciplinaire de recherche AIMS-AGRH "Management et réseaux sociaux"*; EM Lyon.

GIUST-DESPRAIRIES, F. (2005), « Crise dans l'auto-représentation de la société », *Sciences de l'Homme et Sociétés*, Penser aujourd'hui avec Castoriadis, N° 80, septembre 2005.

GOMEZ, P. Y. (2006), « Information et conventions. Le cadre du modèle général », *Revue Française De Gestion*, janvier, p. 217-240.

GOUDARZI, K. (2005), « Les entretiens d'experts », In GOUDARZI, K. (2005), « La socialisation organisationnelle du client dans les entreprises de services », *Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion à l'Université de la Méditerranée*, IAE d'Aix-Marseille, Novembre, p. 152-181.

GRENIER, C. (2003), « Rôle de l'Objet Intermédiaire pour mieux comprendre la structuration d'un réseau organisationnel et technologique d'acteurs – cas d'un réseau de soin », *Actes du 9ème colloque de l'AIM (Association Information et Management)*, Grenoble.

GRENIER, C. (2006), « La création de réseaux de santé vecteur de recomposition professionnelle ? », *Actes du 5^{ème} colloque Métamorphose des Organisations*, Nancy.

GRIMA, F. (2000), « Ambiguïté et conflit de rôle au travail : proposition d'un modèle explicatif synthétique », *Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion*, Université d'Evry Val d'Essonne.

GRIMAND, A. (2005), « De l'émergence des mythes gestionnaires : une déconstruction du Knowledge Management au travers de la philosophie de Roland Barthes », *Actes du 9ème colloque de l'AIMS (Association Information et Management)*, Grenoble.

HATCHUEL, A (1998), « Comment penser l'action collective ? Théorie des mythes rationnels », In TOSEL, A, et DAMIEN, R. (1998), *L'action collective*, Presses Universitaires de France Comté.

HATCHUEL, A (2000), « Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective », In David, A, Hatchuel, A et Laufer, R, *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert, Fnege, p. 7-44.

IGAS (2006), *Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DRDR*, rapport, mai.

LARCHER, P. (1997), « Des réseaux dans tous leurs états. À l'état dans tous ses réseaux », *Revue Prévenir*, Vol. 2, N° 32, p. 177-184.

MARCH, J. G. (1998), « Mythes, organisations et changement », *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre, p. 37-42.

MARCH, J. G. (1999), « Les mythes du management », *Gérer et Comprendre*, Annales des Mines de Paris, septembre, N° 57, p. 5-13.

MARTINET, A. C., PAYAUD, M. A. (2004), Stratégisation de l'organisation et écologisation de la stratégie : les savoirs et relations du middle manager stratège ordinaire, ASAC, Document Électronique.

MARTINET, A-C. (1990), « Epistémologie de la stratégie », In MARTINET, A-C. (1990), *Epistémologies et Sciences de Gestion*, Economica, Paris, p. 211-236.

MARTINET, A-C. (2001), « Le faux déclin de la planification stratégique », In MARTINET, A-C. ; THIETART, R-A (2001), *Stratégies, Actualité et futurs de la recherche*, Vuibert, Fnege; p. 175-193, Paris.

MINVIELLE, E. (1996), « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue Française de Gestion*, Juin-Juillet-Aout, N° 109.

MUSSO, P. (2003), *Critique des réseaux*, PUF, Coll. La politique éclatée, Paris.

PARROCHIA, D. (1993), *Philosophie des réseaux*, Presses Universitaires de France, Paris.

PATTE, D. (1998), « Les réseaux et la santé publique », ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), *Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*, septembre, N° 24.

PERRET, V. (2003), « Les paradoxes du changement organisationnel », In. PERRET, V. ; JOSSERAND, E. (2003), *Le paradoxe, penser et gérer autrement les organisations*, Ellipses, Paris, p. 253-298.

PERRET, V. ; JOSSERAND, E. (2003), *Le paradoxe, penser et gérer autrement les organisations*, Ellipses, Paris.

POULET, I. (1994), « Elasticité et résistance de l'informel : les politiques partenariales de prévention en Belgique », *Lien social et politique*, Automne, p. 87-101.

ROLLET, A. (2000), *Le couple produit-territoire, régulation ago-antagoniste entre projet individuel et projet collectif*, Cemagref Editions, Ouvrage extrait d'une thèse de Doctorat en Sciences de Gestion à l'Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II.

ROMEYER, C. (2001), « Système d'Information fondé sur une traçabilité des activités : intérêt et difficultés de mise en oeuvre dans les hôpitaux », *thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II.

SAINT-PIERRE, M. (2003), « Les réseaux ont-ils un avenir dans le secteur de la santé ? », *XIIème conférence de l'AIMS*, Tunis.

SAUVIAT, I. (2001), « De la légitimation à la légitimité des réseaux de soins : les apports d'une recherche exploratoire », *thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université de Poitiers, IAE.

SAUVIAT, I. et SAMPIERI, N. (2001), « Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient – usager – client », *working paper, séminaire de recherche du RECEMAP du 26 octobre 2001*, Rouen.

SCHWEYER, F-X. ; LEVASSEUR, G. ; PAWLIKOWSKA, T. (2002), *Créer et piloter un réseau de santé*, Ed. ENSP, Ille et Vilaine.

SFEZ, L. (1995), *La Santé Parfaite*, Editions du Seuil, Paris.

SFEZ, L. (1999), « Le réseau : du concept initial aux technologies de l'esprit contemporaines », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. CVI., 1999, p. 5-27.

SFEZ, L. (2003), « Eléments de synthèse pour penser le réseau », In MUSSO, P. (2003) *Réseaux et Société*, PUF, La politique éclatée, Paris, p. 43-64.

SFEZ, L. (2005), « Une nouvelle idée du sacré : le désir de Santé Parfaite ». *Revista Famecos*. N°27.

TEIL, A. (2001), « Réseaux : performances potentielles et performances affichées », *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 19, N° 5-6, p.349-359.

THIETART, R-A. *et coll.* (2003), *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris.

VIGOUR, C. (2005), *La comparaison dans les sciences sociales*, La Découverte, Paris, p. 146.

WEBER, M. (1992), *Essais sur la théorie de la science*, traduction partielle par Julien Freund, Plon.